



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MÉXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 24  
NUEVA ROSITA COAHUILA**

**APEGO MÉDICO A LA GÚIA DE PRÁCTICA CLÍNICA “CONTROL  
PRENATAL IMSS 2009” EN LA CLÍNICA DE MINAS DE  
BARROTERÁN COAHUILA, EN EL 2010**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. JESÚS SIFUENTES SALUDADO.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**APEGO MÉDICO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA “CONTROL  
PRENATAL IMSS 2009” EN LA CLÍNICA DE MINAS DE  
BARROTERÁN COAHUILA, EN EL 2010**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MÉDICINA FAMILIAR

**PRESENTA**

**DR. JESÚS SIFUENTES SALUDADO.**

**AUTORIZACIONES**

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**APEGO MÉDICO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA “CONTROL  
PRENATAL IMSS 2009” EN LA CLÍNICA DE MINAS DE  
BARROTERÁN COAHUILA, EN EL 2010**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA**

**DR. JESÚS SIFUENTES SALUDADO.**

**AUTORIZACIONES**

**DR. JOSÉ EDMUNDO EDITH ROJAS SOTO**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS FAMILIARES  
HGZ/UMF No 24 NUEVA ROSITA COAHUILA Y  
ASESOR METODOLÓGICO

**DR. CARLOS SÁNCHEZ ARENAS**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
Y  
ASESOR DE TEMA

# RESUMEN

## **Introducción**

Control prenatal conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

## **Objetivo**

Conocer si los médicos familiares se apegan a los lineamientos recomendados por la guía de práctica clínica del control prenatal del IMSS 2009.

## **Metodología**

Se realizó un estudio observacional, Transversal, retrospectivo, descriptivo, del año del 2010, donde se incluyen los expedientes de las embarazadas que acudieron a control prenatal en la Clínica 31, del IMSS, en Minas de Barroterán, Coahuila.

## **Resultados.**

**El apego a la guía de práctica clínica se encontró como sigue:**

**Número de citas** 55.45% cumplen con el mínimo de 7 consultas durante su embarazo.

**Periodicidad.** 58.18% se citaron cada mes hasta la semana 28; 48.18% se citaron quincenalmente, de las 28 a las 36 semanas; y finalmente 21.81% se citaron semanalmente, después de la semana 36 de gestación hasta el parto.

**Exámenes de laboratorio.** Se encontraron registros de exámenes de primera vez en 64% de los expedientes.

**Vacunas.** El panorama es más alentador pues se registro en un 84.54%.

**Prescripción de fármacos.** 62 pacientes recibieron ácido fólico, 4 no recibieron ácido fólico y 44 no aplica (acudieron a primera cita de control después de la semana 12 de gestación., el hierro se prescribió al 100% de las pacientes.

**Conclusiones:** los médicos de primer nivel no se apegan debidamente a la guía de práctica clínica, recomendamos mayor docencia e investigación.

## **Palabras clave**

Control prenatal, embarazadas, guía técnica.

# ABSTRACT

## Introduction

Prenatal series of actions and systematic procedures and newspapers, for the prevention, diagnosis and treatment of factors that may determine maternal and perinatal morbidity.

## Target

To determine whether family physicians adhere to the guidelines recommended by the clinical practice guideline prenatal IMSS 2009.

## Methodology

We performed an observational, transversal, retrospective, descriptive, in the year 2010, which includes records of pregnant women attending antenatal clinic in 31 of the IMSS, in Minas de Barroterán, Coahuila.

## Results.

Adherence to the clinical practice guideline was found as follows:

**Number of citations.** 55.45% meet the minimum 7 queries during your pregnancy.

**Recurrence.** 58.18% were cited each month until week 28, 48.18% were cited twice a month, from 28 to 36 weeks, and finally 21.81% were cited weekly after 36 weeks of gestation until delivery.

**Laboratory tests.** Examination records were found for the first time in 64% of cases.

**Vaccines.** The picture is brighter because you registered a 84.54%.

Prescription drugs. 62 patients received folic acid, 4 did not receive folic acid and 44 not applicable (attended first appointment after 12 weeks of gestation., Iron was prescribed to 100% of patients.

**Conclusions:** class physicians do not adhere properly to the clinical practice guideline, we recommend more teaching and research.

## keywords

Prenatal care, pregnant, technical guide.

# INDICE

	Página
1. Marco teórico -----	1
1.2 Planteamiento del problema -----	7
1.3 Justificación -----	9
1.4 Objetivos -----	11
2. Material y métodos -----	12
2.1 Tipo de estudio -----	12
2.2 Población, lugar y tiempo -----	12
2.3 Muestra -----	12
2.4 Criterios de inclusión -----	12
2.5 Variables -----	12
2.5.1 Definición conceptual y operativa de variables-----	12
2.6 Instrumentos de Recolección de datos -----	14
2.7 Método de recolección de datos-----	14
2.8 Procedimiento estadístico -----	15
2.9 Análisis estadístico de los datos -----	15
2.10 Cronograma -----	15
2.11 Recursos Humanos, Materiales, Físicos y Financiamiento del estudio -----	15
2.12 Consideraciones éticas -----	15
3. Resultados -----	18
4. Discusión -----	27
5. Conclusiones -----	30
6. Referencias Bibliográficas -----	31
7. Anexos -----	34

# MARCO TEÓRICO

## CONTROL PRENATAL.

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.<sup>1,2,3</sup>

### Historia

Durante el siglo XVII se creía que el cuerpo humano estaba constituido por 4 humores: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra, y que la salud provenía del equilibrio de éstos. También, debido a la alta tasa de morbilidad y mortalidad materna, se creía que el embarazo era una enfermedad y, por tanto, debía ser tratada como tal. Razón por la que, durante este siglo, el único tratamiento antenatal fue la exanguinación, la cual se practicaba realizando una incisión con un bisturí o con una lanceta a nivel de una vena y dejando que salieran de 500 a 1000 cc de sangre. Esta terapia fue utilizada de rutina, entre una y tres veces, en las mujeres embarazadas de algunos pueblos de Austria y Baviera. El caso más representativo lo constituyó el de la reina **Carlota**, de Inglaterra, en 1762, quien durante su primer embarazo presentó mareos, palpitaciones, disnea y dolor en hipocondrio, por lo que su cirujano le practicó la exanguinación de 6 onzas.<sup>4,5</sup>

La idea del control prenatal regular fue de **John William Ballantine** (1861-1923), en 1913, en Inglaterra, quien después de publicar importantes trabajos acerca de las enfermedades y deformidades del feto, sugiere crear un “hotel pro-maternidad”, con el fin de estudiar la fisiología y calidad del embarazo. Sin



embargo, la primera clínica para control prenatal ambulatorio fue creada por **Haig Ferguson** (1862-1934), en 1915, en Edimburgo, que sirvió de modelo para todas las demás clínicas de control prenatal en el Reino Unido.<sup>4,5</sup>

El desarrollo y divulgación general de la atención prenatal en Inglaterra y parte del mundo occidental, se debe principalmente a **Janet Campbell**, quien fue la responsable de iniciar el Servicio Nacional de Clínicas Antenatales y uniformar los parámetros de visitas y rutinas que se debían seguir durante el control prenatal. Gracias a su trabajo, se logró que del 40% de las embarazadas que recibía control prenatal antes de la segunda guerra mundial se pasara a 100% después de la misma (O'Dowd and Phillipp, 1994).<sup>4,5</sup>

### **Concepto**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), consciente de su responsabilidad de velar por la salud de las madres y niños en el 2005 escogió el lema: ¡Cada madre y cada niño cuentan!.<sup>6</sup>

La OMS y la organización Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), han calificado la mortalidad materna (MM) como "una prueba de la situación de la mujer", en otras palabras es invaluable la importancia que tiene este término en materia de salud mundial.<sup>7</sup>

De acuerdo con la definición de la décima Clasificación Internacional de Enfermedades, una muerte materna es: "la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del mismo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su desarrollo, pero no a causas accidentales o incidentales".<sup>8</sup>

A pesar de los esfuerzos y algunos logros obtenidos en Latinoamérica se suceden 23.000 muertes maternas anuales. Estas cifras todavía se consideran altas.<sup>9</sup>

Aun cuando no se ha logrado llegar a un consenso sobre el número ideal o mínimo de consultas prenatales se reconoce que tanto la frecuencia como la calidad de la atención prenatal afectan a la supervivencia materno-infantil.<sup>10,11</sup>

## **Objetivo**

El control prenatal cuyo fin es la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Según la mediación de organismos oficiales de salud, debe cumplir con los requisitos de ser precoz (primera consulta en el primer trimestre, periódico, completo, mínimo 5 controles, y de cobertura global).<sup>12,13,14</sup>

## **Características del control prenatal**

**1. Precoz** Debe iniciarse lo más pronto posible, tan pronto como la madre sabe que está gestando.

**2. Periódico** Debe ser periódico y repetitivo. En un embarazo de bajo riesgo los controles deben ser: - Mensuales: hasta las 28 semanas de gestación. - Quincenales: desde las 28 semanas hasta las 36 semanas de gestación. - *Semanales* a partir de las 36 semanas hasta el parto.

En un embarazo de alto riesgo los controles deben ser con menos intervalo de tiempo entre cada control, siguiendo el criterio del médico.

**3. Completo y global** Tomando en cuenta a la salud integral de la mujer embarazada: - Examen general de la gestante. - Examen y evaluación del embarazo y crecimiento del producto. - Atención nutricional. - Atención odontológica. - Atención sobre inmunizaciones. - Atención en salud mental. - Atención social y visitas domiciliarias, si es que las necesita. - Educación para la salud, y sobre todo acerca de los factores relacionados con el embarazo.<sup>15,16</sup>

Existe la impresión de que el control de las embarazadas, considerado globalmente no cumple con los requisitos recomendados por diversos organismos oficiales.<sup>17,18</sup>

## **Guías de práctica clínica.**

De acuerdo al *Institute of Medicine* de los Estados Unidos de Norteamérica (IOM), las Guías de práctica clínica son "recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para asistir las decisiones de profesionales sanitarios y pacientes, acerca del cuidado de salud apropiado, en circunstancias clínicas

específicas". Debieran identificar recomendaciones para el manejo apropiado y costo-efectivo de condiciones específicas, con el fin de promover una buena práctica clínica.<sup>19</sup>

### **Guía de Práctica Clínica, de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo 2009.**

Las Guías de práctica clínica son el producto del gran esfuerzo realizado por los médicos y personal de salud, tanto operativo como administrativo, que integraron los equipos multidisciplinarios para su elaboración, adaptación y validación. Para la atención de la mujer embarazada se cuenta con los lineamientos plasmados en la **Guía de Práctica Clínica, de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo 2009** la vigente actualmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social. El objetivo es diseminar la "buena práctica" en forma rápida, concisa y actualizada.<sup>20</sup>

### **Principales Recomendaciones del Control Prenatal.**

Según diversas literaturas coinciden en que los principales puntos del control prenatal son: A) Administración de ácido fólico en el período preconcepcional y en el primer trimestre del embarazo. B) Categorizar a la embarazada según el riesgo, examen físico y llenado de la HCP. C) Evaluación en cada consulta de factores de riesgo. D) Fijar cronograma de controles prenatales. E) Determinar el grupo sanguíneo y el factor Rh, F) Evaluar el estado nutricional materno. G) Preparar a la mujer para la maternidad. H) Detectar tabaquismo y otras adicciones. I) Control riguroso de la presión arterial. J) Determinar Hb, K) Suplementación con hierro. L) Diagnóstico de: sífilis, chagas, hepatitis B, toxoplasmosis y HIV. M) Urocultivo. N) Vacunación antitetánica. O) Detectar presentación pelviana al término. P) Instrucción de situaciones de riesgo. Q) Informar sobre métodos anticonceptivos. R) Estudio ecográficos. Papanicolaou y Colposcopia. T) Examen mamario de rutina. U) Promoción de lactancia materna, V) Prevención y Dx. de violencia de género<sup>21,22,23</sup>

## **Recomendaciones específicas establecidas en la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo 2009 IMSS.**

En el presente trabajo se utilizó para medir lo mínimo que se debe de ofrecer durante el control prenatal, lo que nos recomienda la guía de práctica clínica del IMSS última versión GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA CONTROL PRENATAL CON ENFOQUE DE RIESGO 2009, tomando para hacer la medición las siguientes variables:

**Número de consultas:** Una mujer con 2 o más gestaciones previas, con un embarazo no complicado, un esquema de 7 citas será adecuado, primigestas y mujeres con embarazo complicado pueden ser más a consideración del médico.

**Periodicidad:** Mensuales: hasta las 28 semanas de gestación. - Quincenales: desde las 28 semanas hasta las 36 semanas de gestación. - *Semanales* a partir de las 36 semanas hasta el parto.

En un embarazo de alto riesgo los controles deben ser con menos intervalo de tiempo entre cada control, siguiendo el criterio del médico.

### **Detección de riesgo**

El Valorar el riesgo Obstétrico permite planear las características, la intencionalidad que debe tener la vigilancia prenatal cuyo efecto permitan una detección oportuna de complicaciones.

**Laboratorio** Primera consulta Biometría hemática, Grupo sanguíneo, Factor Rh, VDRL, Glucemia, Examen general de orina.

Laboratorio subsecuente: Segunda consulta o semana 16 urocultivo, Glucemia entre las semanas 24 y 28, Biometría hemática entre semana 11, 12 y entre 28 y 30 semanas de gestación, Examen general de orina a las semanas 25, 31, 34 y 38.

### **Gabinete**

Ultrasonido. Entre la semana 18 y 20 y repetir a la semana 36 en caso de que la placenta esta cerca del orificio cervical interno.

### **Vacunas**

Toxoide tetánico a la primera consulta y refuerzo al mes.

Toda mujer RH negativa con esposo Rh positivo, deberá ser enviada al ginecólogo a la semana 28 para determina aloanticuerpos.

### **Tratamiento no farmacológico**

Medidas Nutricionales y ejercicio.

### **Tratamiento farmacológico**

Acido fólico 400 microgramos diarios desde antes de la concepción y hasta la semana 12.

Hierro en sales de sulfato o fumarato ferroso. En hemoglobinas menores de 11g/dl al inicio del control, y semana 28 en hemoglobinas igual o menor de 10.5g/d.

### **Envió a segundo nivel**

De acuerdo con situaciones especiales.

Pacientes menores de 17 años y mayores de 35, sangrados durante el segundo o tercer trimestre, presentación pélvica, parto gemelar, amenaza de aborto.

Comorbilidades como diabetes mellitus, o diabetes gestacional, lupus eritematoso, enfermedad hipertensiva del embarazo, obesidad, insuficiencia renal, trombofilia, etc.<sup>24,25</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La atención prenatal es un programa prioritario en los servicios de salud, tiene como propósito la prevención de complicaciones del binomio madre-hijo con un diagnóstico oportuno de las complicaciones.

La muerte materna es un asunto que rebasa el ámbito de salud, y alcanza incluso el de los derechos humanos y la justicia social; tiene repercusiones negativas de orden económico y social para la familia, la comunidad la nación, y constituye uno de los indicadores de desarrollo social.

Las altas tasas de muerte materna están relacionadas con factores inherentes a los países en desarrollo. En el año 2000, el promedio de la tasa de muerte materna en todo el mundo fue de 400 por 100 mil nacidos vivos y la mayor mortalidad se presentó en países en desarrollo.

A pesar de que la mortalidad en el país continúa en descenso, El objetivo en la actualidad es alcanzar una tasa menor a 27 fallecimientos por 100 mil nacidos vivos, referencia nacional dentro del IMSS y aunque continuamos distantes de los resultados de países desarrollados, nos posiciona entre los países latinoamericanos con mayor éxito.

La morbilidad materno-perinatal en la mayoría de las ocasiones podría ser evitable si la calidad de la atención médica durante el embarazo, parto y puerperio mejorara, pues se lograría detectar de forma temprana las posibles complicaciones que culminan en la muerte materna.

En el IMSS en la UMF No.31 de la región carbonífera por ejemplo, se han presentado casos de mortalidad materno-perinatal casos que probablemente pudieron evitarse si se hubieran detectado y manejado oportunamente en el primer nivel de atención con apego a los lineamientos establecidos en la guía de práctica clínica de control prenatal con enfoque de riesgo.

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta:

**¿Existe Apego del Personal Médico a la Guía de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo, que labora en la UMF No.31 de Minas de Barroterán Coahuila?**

# JUSTIFICACIÓN

A pesar de los esfuerzos y algunos logros obtenidos en Latinoamérica se suceden 23.000 muertes maternas anuales. Estas cifras se consideran altas.

En 2009 se reportaron 1,207 muertes maternas en México. Entre 2002 y 2009, se registraron de 58.6 a 62.8 muertes maternas por cada cien mil nacimientos y Hasta un 16% de las muertes maternas ocurren durante las semanas posteriores al parto.<sup>26</sup>

De acuerdo a Posada y Col. Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal “Estrategia integral para acelerar la Reducción de la mortalidad materna” En el 2010 se ha reducido en 12.1% la mortalidad materna respecto a 2006 que era de (58.6%) y el compromiso para el año 2012 es reducir la muerte materna a un 44.5%. La mortalidad materna, continúa siendo un problema de alta prioridad en la salud pública de México. Sí se desea mostrar con un sólo indicador la desigualdad social ante la muerte. La mortalidad materna es uno de los más reveladores. Su alta capacidad predictiva lo coloca por encima de otros de uso común.<sup>27</sup>

La mayoría de las organizaciones de salud recomiendan llevar un control prenatal de calidad para prevenir la Muerte materno fetal. Por ello, la mortalidad materna es fiel reflejo del desarrollo de un país, de la calidad y el acceso a sus servicios de salud. En México representan un indicador de profunda desigualdad social.

La atención prenatal implica no solo el número de visitas sino cuando fueron registradas durante el embarazo y con qué calidad.

La mayoría de los daños obstétricos y riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos normativos para la atención, entre los que destacan las guías para el control prenatal con enfoque de riesgo.

Es por ello que el médico familiar debe poseer la habilidad clínica para diferenciar un embarazo de bajo riesgo del que no lo es, y de esta forma prevenir la presentación de complicaciones así como miembro del equipo de salud debe



enfocarse en el control prenatal de manera integral y participar activamente en la aplicación de las guías de practica clínica.

A pesar que en la unidad de medicina familiar No.31 se cuenta con la guía de practica clínica de control prenatal para identificar riesgo y brindar una atención integral a la mujer embarazada no existen estudios para identificar que tanto las aplican los médicos.

El presente estudio pretendió identificar si existe apego o cumplimiento de la guía para la atención de la mujer embarazada y de esta forma establecer líneas de acción para garantizar el mejor término de la concepción.

# OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL**

Identificar si los médicos familiares cumplen las recomendaciones emitidas por la guía de práctica clínica para el control prenatal.

- **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1) Identificar las semanas de gestación en los expedientes de las mujeres que iniciaron control prenatal.
- 2) Verificar si en los expedientes de las pacientes que acudieron a control prenatal reúnen más de 7 consultas como lo señala la guía.
- 3) Identificar si fueron atendidas con la periodicidad que recomienda la guía (mensual hasta la semana 28, Quincenal de la semana 28 a la semana 36 y semanal de la semana 36 hasta el parto).
- 4) Revisar si se le realizaron exámenes de laboratorio recomendados por el documento.
- 5) Identificar si se realizó ultrasonido obstétrico entre las semanas 18 y 20 de gestación.
- 6) Conocer si se aplicó el toxoide tetánico primera dosis al inicio y segunda dosis al mes.
- 7) Determinar si se le prescribió ácido fólico y hierro como lo señala la guía.

# MATERIAL Y MÉTODOS

## 2.1 Tipo de Estudio.

Se realiza un estudio observacional, transversal, retrospectivo, Descriptivo.

## 2.2 Población, Lugar y tiempo de estudio.

Expedientes de mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el periodo comprendido del 1º de enero al 31 de dic. Del 2010 de la unidad médica No.31 de minas de Barroterán coah.

## 2.3 Muestra.

No probabilística

Todos los expedientes de mujeres embarazadas, que acudieron a control prenatal con un total de 110 en dicho periodo.

## 2.4 Criterios de Inclusión, Exclusión, Eliminación.

- Inclusión: todos los expedientes de mujeres embarazadas, que acudieron al control prenatal, en esta unidad de medicina familiar durante el 2010.
- Exclusión: los expedientes de mujeres no embarazadas que acudieron por otros motivos.
- Eliminación: expedientes sin registro de control prenatal.

## 2.5 Variables a recolectar.

### 2.5.1 Definición Conceptual y Operativa de variables

Variables	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores
Semanas de gestación	Cuantitativa	Edad de embarazo en semanas	Semana de gestación al inicio del control prenatal	Discreta	a) 1er. Trimestre, b) 2º. Trimestre, c) 3er. Trimestre
Consultas en el control prenatal	Cuantitativa	Número de consultas registradas	Mínimo 7 consultas	Continua	a) menos de 7, b) 7 y c) más de 7

Periodicidad de la consulta	Cuantitativa	Frecuencia de visitas por semanas de gestación	Cita Mensual, Quincenal y Semanal por semanas de gestación	Discontinua	a) Mensual=menos de 28 Sem. b) Quincenal=más de 28 y menos de 36 Sem. c) Semanal=más de 36 semanas hasta el termino
Exámenes de laboratorio	Cualitativa	Estudios paraclínicos básicos para la vigilancia	Exámenes solicitados en la primera atención	Nominal	1ª. Visita. a) Bh, b) Grupo y Rh, c) VDRL, d) Glucemia y e) EGO. Entre Semana 24 y 28. Glucemia. EGO en Semana 25, 31, 34 y 38. Urocultivo semanas 16. Semana 28: Segunda Biometría hemática
Ultrasonido abdominal	Cualitativa	Examen para clínico para determinar edad gestacional y anomalías estructurales	Ultrasonido Registrado entre las 18 y 20 semanas	Nominal	a) Si se realizó y b) No se realizó

Toxoide Tetánico	Cuantitativa	Inmunización Pasiva para proteger contra tétanos neonatal	Registro de aplicación de toxoide tetánico en la primera consulta y al mes	Nominal	a)Se aplico y b) No se aplico
Ac. fólico y Hierro	Cualitativa	Suministración de Ac. fólico para reducir riesgo de defecto del tubo neural	Registro de suministro de acido fólico	Nominal	Acido fólico= a) Si se suministro y b) No se suministro. Hierro= a) Si se suministro y b) No se suministro

## 2.6 Instrumentos de Recolección de datos.

El instrumento utilizado para recabar la información registrada en el expediente se describe en el anexo 2.

## 2.7 Método de Recolección de datos.

Previo consentimiento de las autoridades para consultar expedientes, se solicitaron los 110 expedientes de acuerdo a los criterios de inclusión.

Cuya información se registro en una cedula ya descrita.

Posteriormente se diseño una base de datos en programa Excel, para su posterior análisis estadístico.

## **2.8 Procedimiento Estadístico.**

Con la base de datos en el programa Excel se procedió al diseño estadístico con base en los objetivos.

## **2.9 Análisis Estadístico de los datos**

Se implemento estadística descriptiva a través de medidas de resumen como frecuencias y porcentajes. Para la presentación de los resultados se utilizaron tablas y figuras.

## **2.10 Cronograma.**

Anexo 3.

## **2.11 Recursos Humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.**

### **Recursos humanos**

Investigador principal (Residente de tercer año).

### **Recursos materiales**

Expedientes clínicos, así como,  
Laptop Sony VAIO con Windows 7,  
1 lápiz,  
3 Plumas,  
500 hojas Blancas.

### **Recursos físicos**

Archivo clínico.

### **Recursos financieros**

A cargo del investigador principal

## **2.12 Consideraciones éticas**

Se procedió conforme a la Declaración de Helsinki en sus principios básicos del 6 al 9, donde nos habla; En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses, El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales

deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad, En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos, La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.<sup>28</sup>

y conforme al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 vigente en los artículos 13,15,16,17,18,19,20,21,22. Y donde nos dice el Título primero, disposiciones generales, capítulo único, Artículo 1o.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social. Artículo 2o.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana; La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud. Y conforme al artículo 6o. Del capítulo primero; El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos, Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud,

con especial interés en las acciones preventivas, y conforme al título quinto, Investigación para la salud, capítulo único que nos dice en su Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social, A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población, Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios De salud, y Título Noveno, capítulo único, artículo 168 que nos dice; son actividades básicas de asistencia social La realización de investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social y como se establece en el artículo 192, Párrafo VII. En toda investigación en que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar. En el diseño y desarrollo de este tipo de investigaciones se debe obtener el consentimiento informado y por escrito de la persona y, en su caso, del familiar más cercano en vínculo, o representante legal, según sea el caso, a quienes deberán proporcionárseles todos los elementos para decidir su participación.<sup>29</sup>

Además Se solicito como la marca la normativa institucional a registrar el proyecto en el sistema SIRELCIS, y se solicito la autorización de los médicos adscritos a los consultorios de medicina familiar y se manejo la confidencialidad ética requerida en este tipo de situaciones.

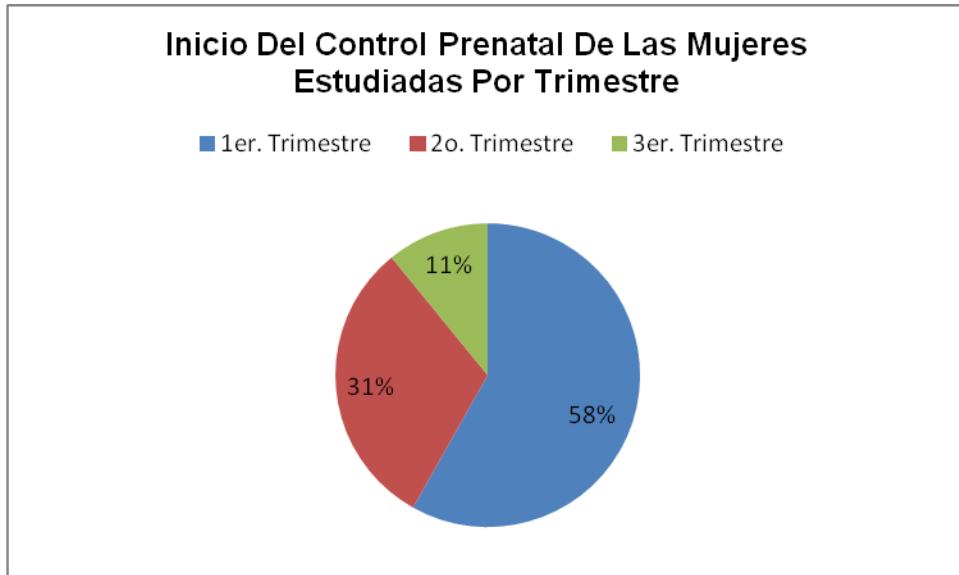


# RESULTADOS

Fueron estudiados un total de 110 expedientes de mujeres embarazadas.

Con respecto al inicio del control prenatal se encontró que su primera visita fue: 64 mujeres (58.18%) en el primer trimestre; 34(30.90%) en el segundo y en el tercero 12(10.90%). Ver figura 1.

**FIGURA 1.**

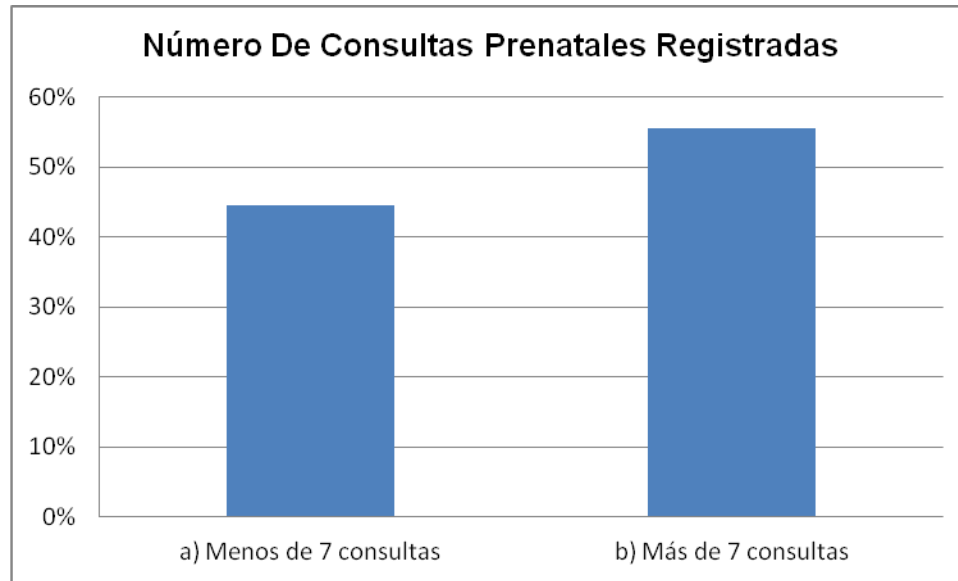


Fuente: Expedientes clínicos UMF No.31.del año 2010.

## Número Consultas:

De un total de 110 Registros de mujeres embarazadas; a) 49 (44.54%) tuvieron menos de 7consultas y b) 61(55.45%) tuvieron más de 7 consultas. Ver figura 2.

**FIGURA 2.**



Fuente: Expedientes clínicos UMF No.31.del año 2010.

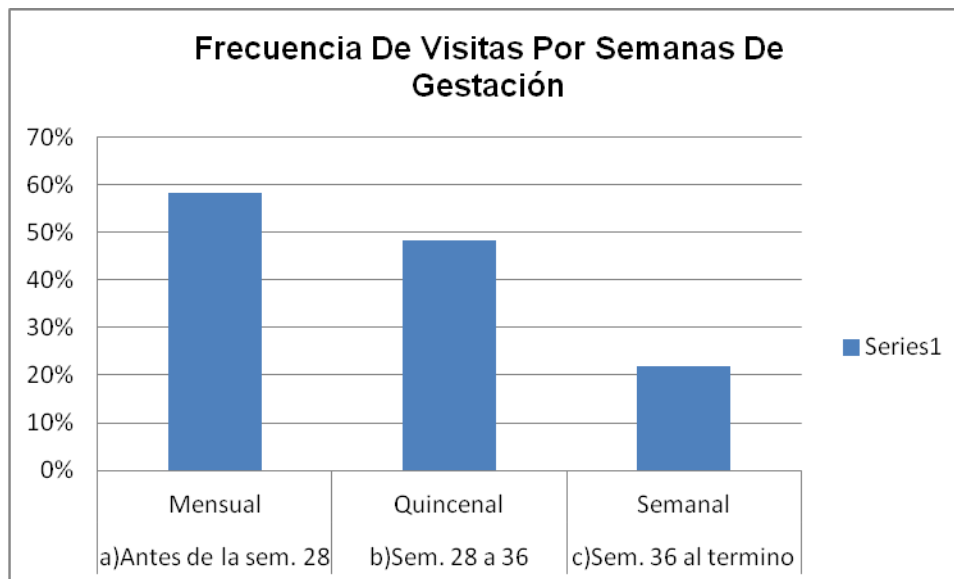
**Periodicidad de Consultas:**

**a) Mensual menos de 28 semanas:** 64 pacientes, es decir (58.18%) Tienen registrada su cita mensual en el expediente clínico.

**b) Quincenales de la semana 28 a la semana 36:** Consultaron quincenalmente 53(48.18%).

**c) Semanalmente después de la semana 36 hasta el término:** Solo 24 mujeres embarazadas se citaron semanalmente después de la semana 36 (21.81%). Ver figura 3.

**FIGURA 3.**



Fuente: Expedientes clínicos UMF No.31.del año 2010.

**Exámenes de Laboratorio 1ª Consulta:**

**Biometría hemática.** Estaba Registrada en 75 expedientes (68.18%).

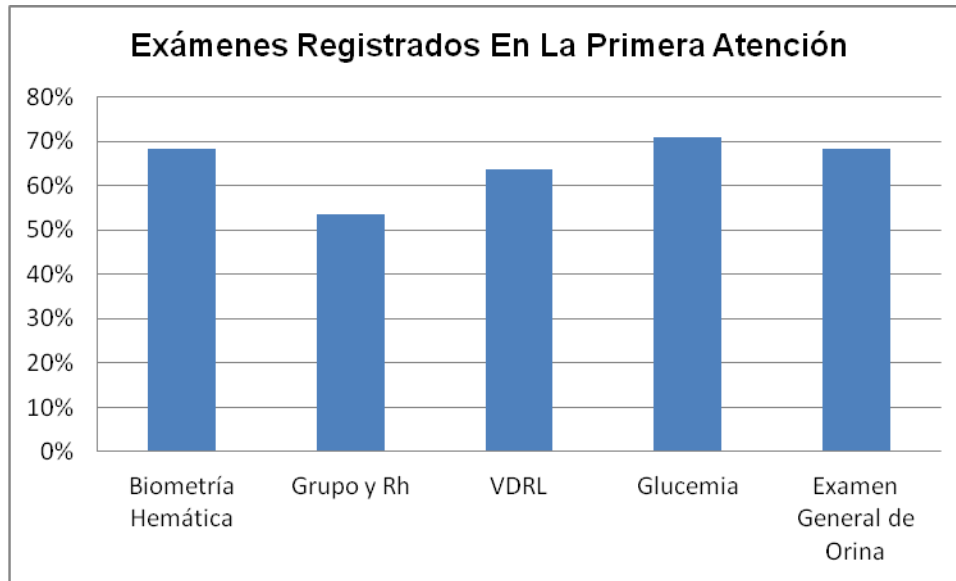
**Grupo y Rh.** 59 (53.63%).

**VDRL.** Se encontró registro en 70 (63.63%).

**Glucemia.** En 78 (70.90%).

**Examen General de Orina.** Presente en 75 (68.18%). *Ver figura 4.*

**FIGURA 4.** Laboratorios solicitados y registrados en la 1ª. Consulta.

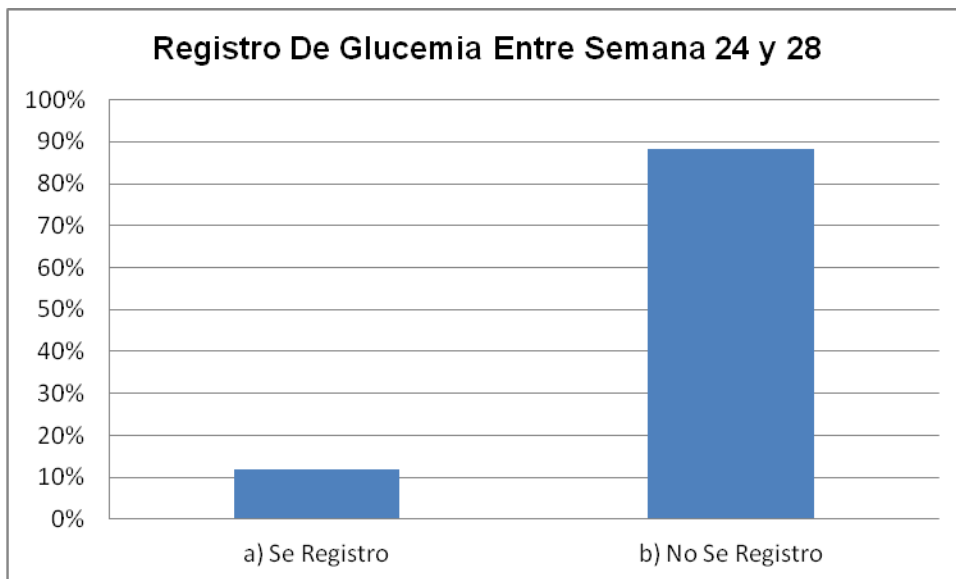


Fuente: Expedientes clínicos UMF No.31.del año 2010.

**Laboratorios Subsecuentes:**

**Glucemia entre las semanas 24 y 28.** Solo en 13 Expedientes se encontró registro (11.81%). Ver figura 5.

**FIGURA 5.** Registro de glucemia subsecuente.

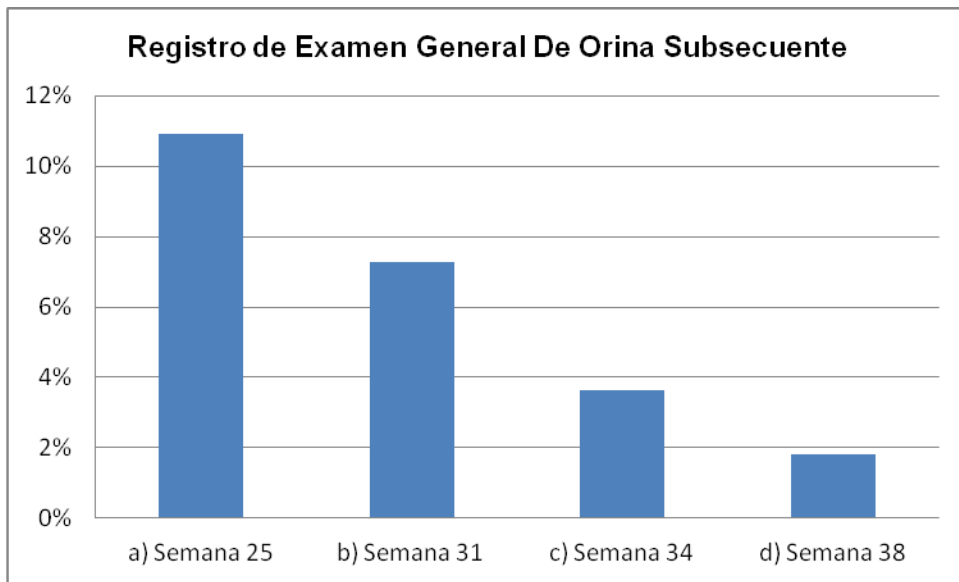


Fuente: Expedientes clínicos UMF No.31.del año 2010.

**Examen General de Orina Subsecuente:**

- a) **Semana 25.** Hubo un registro en 12 expedientes (10.90%).
- b) **Semana 31.** 8 (7.27%)
- c) **Semana 34.** 4(3.63%)
- d) **Semana 38.** Solo se registro en 2 expedientes (1.81%). *Ver figura 6.*

**FIGURA 6.** Registro de Examen general de orina a las semanas 25, 31, 34 y 38.

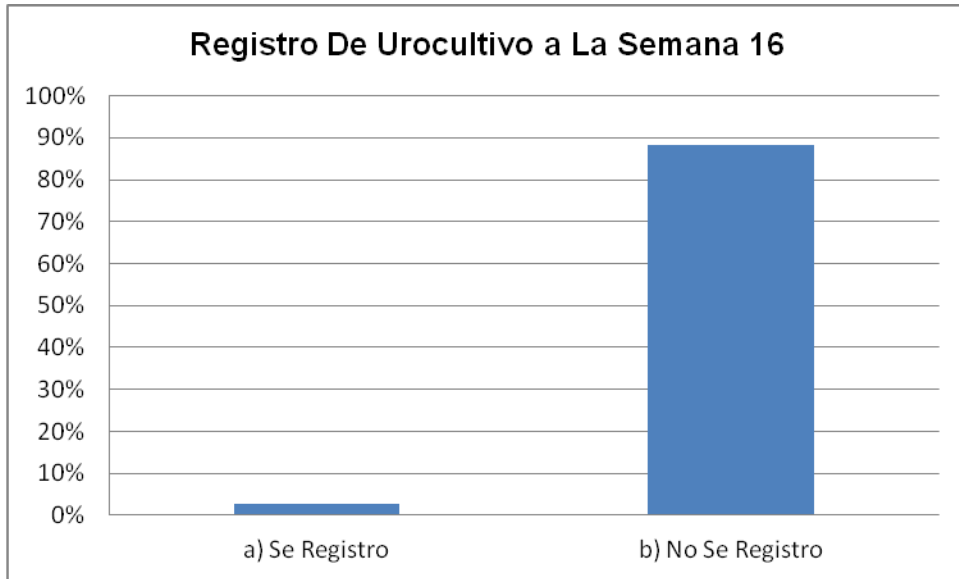


Fuente: Expedientes clínicos UMF No.31.del año 2010

**Urocultivo Segunda consulta o semana 16.**

Solo 3 pacientes lo tenían registrado (2.72%). *Ver figura 7.*

**FIGURA 7.**

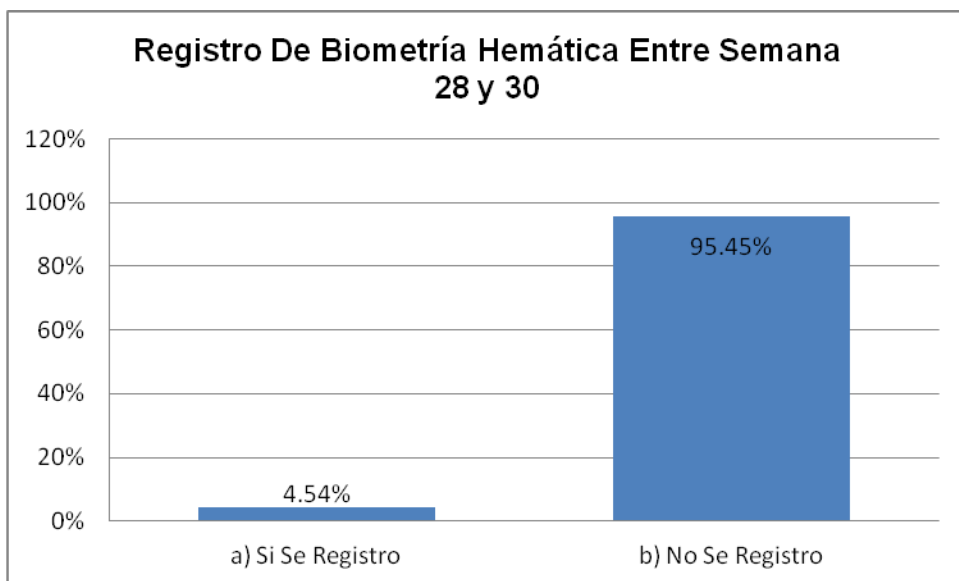


Fuente: Expedientes clínicos UMF No.31.del año 2010

**Biometría hemática subsecuente:**

**Entre semanas 28 y 30:** Se registro en 5 expedientes (4.54%). *Ver figura 8.*

**FIGURA 8.**

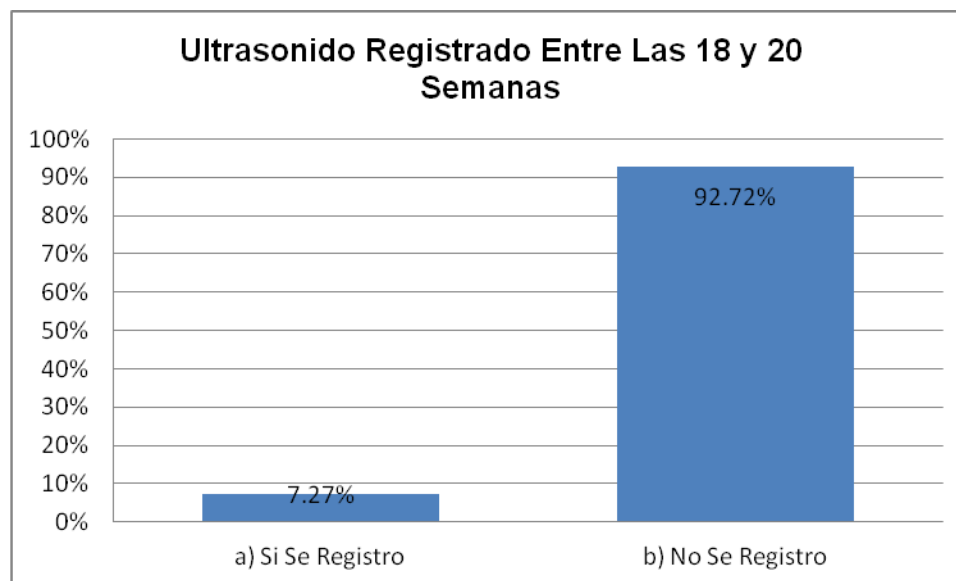


Fuente: Expedientes clínicos UMF No.31.del año 2010

### Ultrasonido Abdominal.

Se Realizo y registró en 8 casos (7.27%). Ver figura 9.

**FIGURA 9.**

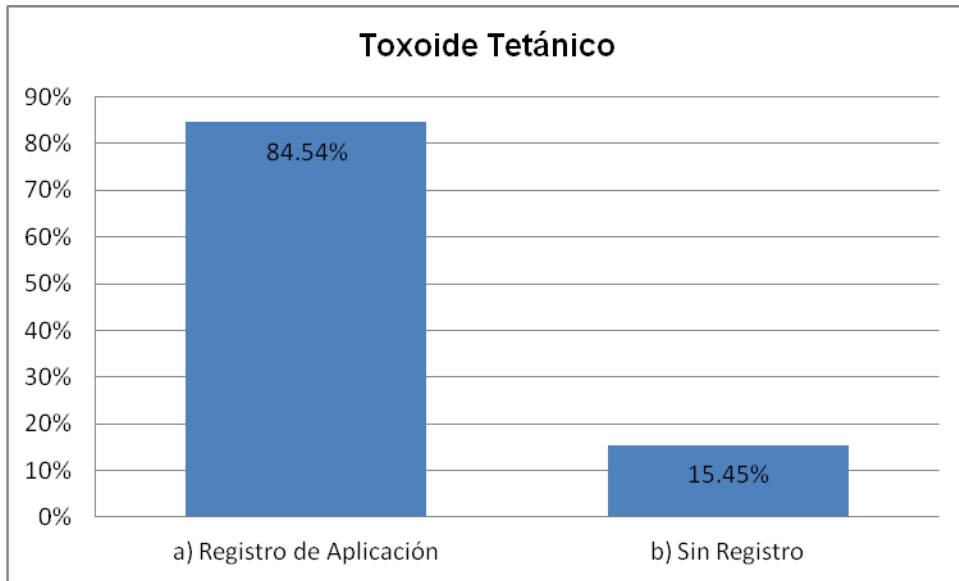


Fuente: Expedientes clínicos UMF No.31.del año 2010.

### Toxoide tetánico.

En 93 casos hay registro de aplicación (84.54%). Ver figura 10.

**FIGURA 10.**



Fuente: Expedientes clínicos UMF No.31.del año 2010.

### **Ac. Fólico y Hierro:**

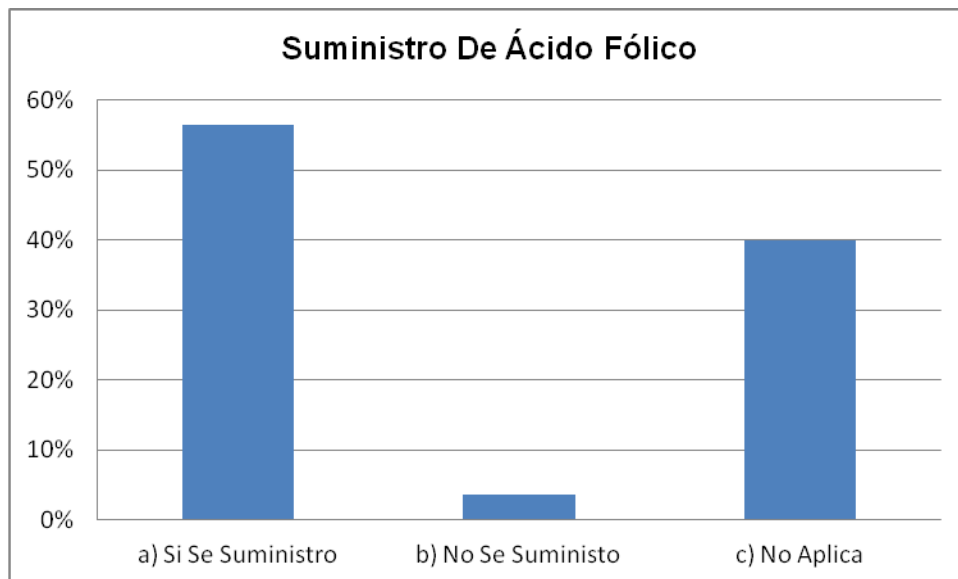
#### **a) Acido fólico:**

62 pacientes recibieron ácido fólico (56.36%), 4 no recibieron (3.63%), y en 44 no aplica (40.00%), (acudieron a primera cita de control después de la semana 12 de gestación). *Ver figura 11.*

**b) Hierro.** Se indicó al Total de las pacientes en que se estudio su expediente 110 (100%).



**FIGURA 11.** Las que no aplica son las que iniciaron su control después de la semana 12.



Fuente: Expedientes clínicos UMF No.31.del año 2010.

## DISCUSIÓN

Lo primero que nos llama la atención es ver que solo el 63% de las mujeres inicia el control prenatal antes de la semana 16, el 30% lo inicia después de la semana 18 de gestación, por lo que aquí ya se perdió la oportunidad de 3 citas de control, así como de realizar los exámenes preventivos correspondientes y el empleo de ácido fólico de manera oportuna. Un 10% iniciaron su control después de la semana 28 en donde ya se podría haber detectado una hemoglobina menor de 10.5, una elevación de la presión arterial, o incluso una diabetes gestacional, etc.

**Número de consultas.** Según la guía y la literatura<sup>15</sup> nos recomiendan como mínimo 7 citas de control, en este caso encontramos 7 citas o más, Solo el 55.45% cumplen con este número de citas.<sup>15</sup>

**Periodicidad.** La guía de práctica clínica del control prenatal con enfoque de riesgo recomienda citas mensuales, hasta la semana 28, quincenal hasta la semana 36 y semanal hasta el parto. Se encontró: **Mensual** hasta la semana 28, En 58.18% **Quincenales** De la semana 28 a la 36 se reduce a 48.18% **Semanalmente** Después de la semana 36 hasta el parto solo en 21.81%, se documenta cita cada semana. Por lo que es factible ver la falta de consistencia y tal vez la desinformación sobre la periodicidad de las citas sobre todo después de la semana 28 y más aun de la semana 36 de gestación.

### **Exámenes de laboratorio**

**Primera consulta: Biometría hemática** solo hay constancia de ella en su expediente en un 68.18%, **Grupo sanguíneo y Rh** 53.63%, **VDRL** 63.63%, **Glicemia** 70.90%, **EGO** 68.18%

En estos rubros de tanta trascendencia donde se tiene que ir previendo una anemia, una isoimmunización materno fetal, proveer el tipo de sangre para una transfusión, un tratamiento adecuado y a tiempo en caso de una sífilis, una

diabetes preexistente, una infección o patología renal no podemos darnos el lujo de tanta inconsistencia.

### **Laboratorio Subsecuente.**

**Glicemia entre las semanas 24 y 28:** solo se solicita o se registra en un 11.81%, lo cual demuestra un déficit en el apego a la normatividad institucional del IMSS, y una desprotección en el caso de que una mujer nos resultara con una diabetes gestacional.

**Biometría Hemática Entre semana 28 y 30 de gestación** En 45%, Aquí el punto es que tal vez si se solicita, pero no se registra y esto también demuestra una inconsistencia y falta de compromiso para con el paciente.

**Urocultivo. Segunda consulta o semana 16.** Solo 3 pacientes es decir un 2.72%, la literatura nos dice que es el Estándar de oro para el diagnóstico de infección de vías urinarias y bacteriuria asintomática, al proporcionar tratamiento oportuno reduce el riesgo de parto pretérmino, retardo en el crecimiento intrauterino, prematuridad, y ruptura prematura de membranas.

**Examen general de orina.** En la semanas **25**, se encontró registrado en 10.90% de los casos, Semana **31** en 7.27%, Semana **34** se registro en 3.64% y semana **38** en un 1.81%. La literatura recomienda estar al pendiente del filtrado glomerular para vigilar la enfermedad hipertensiva del embarazo en el caso de proteinuria y albuminuria.

En lo que se refiere al **ultrasonido** obstétrico también encontramos una gran deficiencia ya que solo un 7.27% tiene este estudio, aunque aquí, por lo alejado de la localidad y que no cuenta con el recurso podría ser una atenuante, no así los rubros anteriores que solo es por desconocimiento o por falta de capacitación en el manejo del expediente electrónico.

**Vacunas: Toxoide tetánico:** En 93 embarazadas se documento la aplicación de toxoide equivalente a un 84.54%, aquí si se encuentra un indicador en mucho mejor estado aunque debería de ser en el 100%.

**Fármacos:** ácido fólico se recomienda 400 microgramos diarios desde 1 mes antes de la concepción y hasta la semana 12: Se encontró que 62 mujeres embarazadas recibieron ácido fólico un 56.36%, 44 no aplica (debido a que iniciaron su control después de la semana 12) un 40.00% y 4 no recibieron ácido fólico es decir un 3.63%. Aquí sí hay una fortaleza, ya que solo un 3.63% no recibieron o no se registró su prescripción.

Y finalmente la prescripción de hierro durante el embarazo la guía de práctica clínica recomienda su prescripción desde el inicio en mujeres con hemoglobina menor de 11g y después de la semana 28 con hemoglobinas menos de 10.5 g, Aquí se les prescribió hierro a todas independientemente de sus cifras de hemoglobina. Esto denota que la práctica de prescribir hierro de manera rutinaria está bien arraigada. La guía de práctica clínica de control prenatal nos dice que La suplementación rutinaria de hierro no ofrece beneficios en la madre con cifras de hemoglobina normales ni a su producto. El hierro se ha asociado con irritación gástrica y alteración en el tránsito intestinal.<sup>24</sup>

Algunos países europeos como España presentan diferencias, respecto al seguimiento de la mujer embarazada, para detectar y prevenir problemas específicos en la atención primaria. Además de un estudio clínico exhaustivo y manejo especializado.<sup>30</sup>

Por los resultados obtenidos en el presente estudio el estándar establecido para la utilización de la guía alcanza aproximadamente un 40%.

# CONCLUSIONES

La muerte materna es un asunto que rebasa el ámbito de salud, y alcanza incluso el de los derechos humanos y la justicia social; tiene repercusiones negativas de orden económico y social para la familia, la comunidad la nación, y constituye uno de los indicadores de desarrollo social.

Es evidente la falta de apego a la guía de práctica clínica del control prenatal con enfoque de riesgo 2009, principalmente en los indicadores de laboratorio subsecuente, en la solicitud de urocultivo y ultrasonido.

Es importante que tanto directivos, como operativos persigan metas en común, utilizando correctamente las hojas de control de la mujer embarazada y cumpliendo con el mínimo de Recomendaciones para brindar una atención de calidad que garantice a nuestros derechohabientes la prevención y detección oportuna de factores que pudieran complicar su embarazo.

Por lo anteriormente expuesto se propone:

1. Implementar capacitación a los médicos familiares y generales, sobre las guías de práctica clínica en este caso, la guía de práctica clínica del control prenatal con enfoque de riesgo.
2. Concientizar a este personal de que no es solo por cumplir una normatividad, sino por brindar una atención de calidad que garantice seguridad al derechohabiente.
3. Registrar en el expediente clínico las acciones realizadas, Consultas otorgadas, exámenes de laboratorio y gabinete (ultrasonido), Prescripción de fármacos y Vacunas, de una forma correcta como lo marca la normatividad.
4. Tomar en cuenta los resultados de esta investigación para realizar las acciones de mejora correspondientes en favor de la salud materna infantil y a su vez dejar más líneas abiertas en área de investigación.
5. Considerar los resultados de esta investigación para realizar líneas referentes a las acciones de mejora continua a favor de la salud materna infantil.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Faúndez A. Control Prenatal. En: Pérez A, Niña D. Obstetricia. 2a ed. Madrid: Publicaciones Técnicas Mediterráneo. 1992. Cap. 12. pp.156-167.
2. Faneite P, Rivera C, Rodríguez F, Amato R, Moreno S, Cangem L. Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica? Rev Obstet Ginecol. 2009; 3: 147-151.
3. Steven L. Bloom, M.D., Donald D. McIntire, Ph.D., Mary Ann Kelly, R.N., Heidi L. Beimer, R.N. et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. N Engl J Med 1998; 339:76-79
4. Pagés G, Aller J. Control Prenatal. En: Pagés G, editores. Obstetricia Moderna. 3ª ed. Venezuela: publicaciones técnicas mediterráneas; 1995. pp18-30
5. Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 del IMSS, A. C. Ginecología y Obstetricia. 3ª ed. México: Méndez editores S.A.; 1998 .pp. 85-101.
6. Taran M, Gutiérrez R, Lazo V. Mortalidad Materna En El Hospital Materno Infantil Germán Urquidi. *Gac Med Bol*, 2007; 30 Pp.27-31.
7. Maine D, Wardlaw TM, Ward VM, McCarthy J, Birnbarm A, Akalin M. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York: UNICEF/OMS/FNUAP, 1997.
8. Herrera M. Mortalidad Materna En El Mundo. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2003 [citado 2012 Feb 09]; 68(6): 536-543.
9. Oficina Panamericana de la Salud. Reducción de la mortalidad y morbilidad materna: consenso estratégico inter-agencial para América Latina y el Caribe. Washington DC: PAHO, 2003. p.1-3.
10. Zalar RW, McDuffie RS. Frequency of Prenatal Care Visits and Perinatal Outcome [carta]. JAMA 1996; 276:101.
11. Kotelchuck M, Delgado-Rodríguez M, Gómez-Olmedo M, Bueno-Cavanillas A, Gálvez-Vargas R. Adequacy of prenatal care utilization.

- [Carta]. *Epidemiology* 1997; .pp. 602–604.
12. Carlos G, Pedro DS. Control Prenatal: Evaluación de los Requisitos Basicos Recomendados para Disminuir el Daño Perinatal. *Rev. Soc. Bol. Ped.* 1997; 15-20
  13. Claudia A, Mary S, TANG G. Frequency of inadequate prenatal care and associated factors. *Rev Med Hered.* 2011; 22, no.4, p.159-160.
  14. Grandi C, Sarasqueta P. Control prenatal: evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. *Arch. argent. pediatr*; 1996.232-237.
  15. Barrios A. Heidy N, Montes. control prenatal. *Rev Paceaña Med Fam* 2007; 4(6): 128-131
  16. Conselo E. Salud Integral y embarazo precoz .En: Documento Especial N°3. Octubre de 1994 ede la Universidad de la República Oriental del Uruguay- Ministerio de Salud Pública. pp 43 – 45.
  17. Liberatos P, Kiely J.L. Selectedinssues in the evaluation of prenatal care. In: Kiely, M; ed. *Reproductive and perinatal epidemiology*. Boca Raotn: CCRPres, 1991: 79-97
  18. Boletin de Centro Latinoamericano de perinatología y desarrollo humano (CLAP/OPS/OMS). Montevideo, Uruguay 1990; 3,10: 121-132.
  19. Pantoja T, Strain H, Valenzuela L. Guías de práctica clínica en atención primaria: Una evaluación crítica. *Rev. méd. Chile* [revista en la Internet]. 2007 Oct [citado 2011 Mayo 06] ; 135(10): 1282-1290.
  20. Echevarría-Zuno S. Las guías de práctica clínica y la eficiencia de la atención a la salud *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2009; 47 (1): 1
  21. Casini S, Gustavo A, Lucero S, Hertz M, Andina E. Embarazo normal Guía de Control Prenatal. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 2002, 21(2)
  22. Santana F. Costos de tratamientos por enfermedades en niños privados de la lactancia materna exclusiva. *Rev Cub Med Gen Integ* 1997; 13(5)448-52.

23. Arcos E, Uarac M, Molina I, Repossi A, Ulloa M. Impact of domestic violence on reproductive and neonatal health. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2001 Dic [citado 2011 Mayo 06] ; 129(12): 1413-1424.
24. Guía De Práctica Clínica Control Prenatal Con Enfoque De Riesgo 2009 [maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/2011/Abril/imss\\_op001.PDF](http://maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/2011/Abril/imss_op001.PDF)
25. Tena-Tamayo C, Ahued-Ahued JR. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. Ginecol Obstet Mex 2003;71:409-420.
26. URQUIZA-NÚÑEZ, Rosa María; TEJEDA-CANSECO, Lorena; MORALES-CARMONA, Evangelina. Los retos para evitar la mortalidad materna en México. Viva Salud [online]. 2010, año 2, n. 6 [citado 2011-01-28], pp.28-32
27. Posadas-Robledo FJ. "Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna" DGIS, PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO CIERRE OFICIAL 2010.
28. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas
29. LEY GENERAL DE SALUD. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984; TEXTO VIGENTE Última Reforma DOF 20-08-2009
30. [ww.laalamedilla.org/GUIAS/Embarazo.PDF](http://ww.laalamedilla.org/GUIAS/Embarazo.PDF)



Anexo 2.

No progresivo: \_\_\_\_\_ AFILIACION \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ CONSULTORIO \_\_\_\_\_

Semanas de gestación de primera consulta \_\_\_\_\_

Número de consultas Registradas citas -----Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Periodicidad. Numero de citas mensuales antes de la semana 28 \_\_\_\_\_,

Numero de visitas quincenales de la semana 28 a 36 \_\_\_\_\_ Numero de visitas semanales hasta el termino \_\_\_\_\_

De laboratorio.

3. Primera consulta VDRL \_\_\_\_\_, Grupo, \_\_\_\_\_ Factor RH. \_\_\_\_\_  
Glicemia \_\_\_\_\_ Biometría hemática \_\_\_\_\_ EGO \_\_\_\_\_

Laboratorio Seguimiento

4. Glicemia entre las semanas 24 y 28. \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

5. Biometría hemática. entre semanas 28, 30 \_\_\_\_\_

6. Ego. semanas, 25 \_\_\_\_, 31 \_\_\_\_, 34 \_\_\_\_, 36 \_\_\_\_, 38 \_\_\_\_\_

7. Urocultivo segunda consulta o entre semanas 16 y 18 \_\_\_\_\_ Si  
\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Gabinete

8. Ultrasonido semana 18 y 20. Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Vacunas:

9. Toxoide tetánico se aplico. 1ª dosis si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ semanas de gestación, 2ª. Dosis si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ semanas de gestación \_\_\_\_\_

Fármacos.

13. Suministro de Ac. Fólico 12. Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ semanas de gestación \_\_\_\_\_

14. Suministro de Hierro si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

# ANEXOS

Anexo 1.

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

**Título del trabajo. APEGO MEDICO A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA "CONTROL PRENATAL IMSS" EN MINAS DE BARROTERÁN COAHUILA.**

Lugar y Fecha Barroterán , Coahuila 2010-2011

Por medio de la presente acepto como médico familiar del consultorio de la UMF No. 31 de Barroterán Coahuila , turno matutino participar en el protocolo de investigación titulado: APEGO MEDICO A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA "CONTROL PRENATAL IMSS" EN MINAS DE BARROTERAN COAHUILA. Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número 506 el objetivo del estudio es: Conocer si los médicos familiares se apegan a los lineamientos recomendados por la guía de práctica clínica del control prenatal del IMSS 2009.

**Se me ha explicado claramente que mi autorización consistirá en: que el médico investigador tendrá acceso libremente al expediente electrónico y sin perjuicio para él para que pueda revisar y recabar todos los datos para su estudio en el expediente electrónico todo lo concerniente a la guía de práctica clínica del control prenatal declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios que incluso es de forma anónima, derivados de mi autorización para el acceso del expediente electrónico, que son los siguientes: \_\_\_\_\_ (sin ningún inconveniente para mi solo lo que significa la revisión de mis notas médicas del expediente electrónico de la Guía de práctica clínica Control Prenatal) \_\_\_\_.** El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi trabajo. El Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán conservados.

Nombre y firma del Médico \_\_\_\_\_

Consultorio \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_

Nombre, firma, matrícula del investigador principal

**DR. JESUS SIFUENTES SALUDADO MAT. 10334807** \_\_\_\_\_

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionados con el estudio: TELEFONOS: 864 611 01 87 y 864 611 04 70

Testigos:

\_\_\_\_\_

Testigo 1

\_\_\_\_\_

Testigo 2

Anexo 3.

Activities.	Jun.-Jul. 10	Ago. 10	Sep. 10	Oct. 10	Nov.-Dic. 10	Feb.-Mar. 11	Abr.-Jun. 11	Jul.-Sep. 11	Oct. 11
Surgimiento de las ideas.	x								
Marco teórico.		x							
Planteamiento del problema.			x						
Justificación.				x					
Metodología.					x				
Estudio de expedientes						x	x		
Interpretación de datos.								X	
Corrección de trabajo escrito.									X

Anexo 4.

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE EL CONTROL PRENATAL CON ENFOQUE DE RIESGO 2009**

Documento debidamente actualizado y documentado Vigente actualmente en el IMSS, consta de 80 hojas, se encuentra en la dirección electrónica.

[www.imss.gob.mx/.../GuiasClinicas/GPC\\_ControlPrenatal.pdf](http://www.imss.gob.mx/.../GuiasClinicas/GPC_ControlPrenatal.pdf)